MUNICIPIO DE BELLO

TESORERIA

COMPROBANTE DE EGRESO No. 217551

Beneficiario: CIRO GIL JHON ANTONIO

NIT/C.C. 71,003,479.6 **Tel:** 5820670

Fecha: 13/12/2022

Valor: 2,609,110 **No. Cheque:** 0

Facturas:

10

ORDENES DE PAGO:

Consecutivo	Descripción	Valor($)
13482	Otro Si # 1. Adicion Y Prorroga Del Contrato # 234 De 2022. Prestar Servicios De	2,609,110
	VALOR TOTAL	**2,609,110**

DETALLE CONTABLE :

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	550216	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6	04	2,635,465	
NIIF	410508	Impuesto De Industria Y Comer	71,003,479.6	04		26,355
NIIF	248004	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6			2,609,110
				SUMAS IGUALES	**2,635,465**	**2,635,465**

DETALLE CE:

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	248004	Acciones De Salud Públi	71,003,479.6		2,609,110	
NIIF	1110060219	196-72021-3 Sgp/sgsss-s				2,609,110
				SUMAS IGUALES	**2,609,110**	**2,609,110**

Valor en Letras DOS MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL CIENTO DIEZ PESOS M.C.********

FORMA DE PAGO: CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 00125878296 DE BANCOLOMBIA

RUBEN DARIO ACOSTA OCAMPO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Recibe

VISTO BUENO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISION

Articulo 83 ley 1474 de 2011

CONTRATO	234	2022	FECHA DE INICIO SECOP II	31/01/2022	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ALONSO RENDON CASTRILLLON

INFORMACION DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista	JHON ANTONIO CIRO GIL			
Número de Identificación Tributaria	71.003.479	DV	-	6

INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL, EN EL MARCO DEL PROGRAMA "SALUD AMBIENTAL" PARA EJERCER INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO EN EL MUNICIPIO DE BELLO.

LUGAR DE EJECUCION	MUNICIPIO DE BELLO	N° CUENTA BANCARIA	00125878296	BANCO	BANCOLOMBIA
				TIPO DE CUENTA	AHORROS

OTROS DATOS	DP	RP	VALOR	PLAZO
Inicial	0083	0209	21.083.720	8 Meses
Adición - 1	0955	4984	6.588.663	2 Meses y 15 Días
Adición - 2				Meses
Adición - 3				Meses
Adición - 4				Meses
Adición - 5				Meses
Adición - 6				Meses
Valor y tiempo final del contrato			27.672.383	10 Meses y 15 Días

CONCEPTO DEL SUPERVISOR

El contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y obligaciones contratadas en el periodo o actividad para el cual se autoriza el pago, de manera satisfactoria con su objeto contactual en cuanto a oportunidad, calidad y profundidad de los informes presentados.	X	SI
Se verifico el pago de la seguridad social, según planilla anexa, sobre la base del 40% del valor autorizado de pago y se verificó planilla de afiliacion a seguridad social y arl para la primera cuenta de cobro.		NO

NUMERO DE PAGO POR LO CUAL SE AUTORIZA:	10
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL VALOR CONTRATADO:	95,24%

No. Factura-Cuenta de cobro	10	Valor del pago:	2.635.465	Saldo del contrato:	1.317.733

EJECUCION PRESUPUESTAL

CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO	CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO
312	209	-	-			-	-
978	4984	2.635.465	1.317.733			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			12879	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
VALOR TOTAL A GIRAR			2.635.465		SALDO DEL CONTRATO		1.317.733

CONTROL FINANCIERO

ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO
1	28/02/2022	2.635.465	16		
2	30/03/2022	2.635.465	17		
3	30/04/2022	2.635.465	18		
4	30/05/2022	2.635.465	19		
5	30/06/2022	2.635.465	20		

6	30/07/2022	2.635.465
7	30/08/2022	2.635.465
8	13/10/2022	2.635.465
9	30/10/2022	2.635.465
10	30/11/2022	2.635.465
11		
12		
13		
14		
15		

21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

TOTAL PAGOS AUTORIZADOS	**26.354.650**

OBSERVACIONES O CONCEPTO DEL PAGO

Durante el periodo del 01 de Noviembre al 30 de Noviembre del 2022, el contratista realizó las actividades comprendidas en el objeto contractual, y de conformidad con el informe presentado, determinándose a satisfacción el cumplimiento del mismo. Se paga por la cuenta del banco popular: 22019672021-3

FECHA CERTIFICACIÓN:	30 de noviembre de 2022

ALONSO RENDON CASTRILLLON
Nombre Completo Supervisor y/o Interventor del contrato

Dependencia:	**SALUD PUBLICA**	**Secretaría de Salud**
Celular:	**3052905546**	

FORMATO DE PAGO

NOMBRE COMPLETO		No FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	Consecutivo de Pago
JHON ANTONIO CIRO GIL		010	010
CEDULA	DIGITO VERIFICACION		
71003479	- 6	FECHA EXPEDICIÓN FACTURA	
DIRECCIÓN		miércoles, 30 de noviembre de 2022	
CALLE 63 N 66-35			
TELÉFONO		NUMERO DE CONTRATO:	AÑO DE CONTRATO
3206646725		234	2022
CIUDAD			
BELLO		Régimen Simple	

Señor (es):	MUNICIPIO DE BELLO	Nit:	890.980.112-1
Dirección:	CARRERA 50 # 51 - 00	Teléfono:	604 79 44

Fecha inicial periodo a facturar:	01/11/2022	Fecha final periodo a facturar:		30/11/2022
Lugar ó area donde se presta el servicio:	SALUD PUBLICA	SECRETARIA		Secretaria de Salud
N° DE CUENTA	00125878296	TIPO DE CUENTA	AHORROS	BANCOLOMBIA

OBJETO DEL CONTRATO	VALOR TOTAL
PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL, EN EL MARCO DEL PROGRAMA "SALUD AMBIENTAL" PARA EJERCER INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO EN EL MUNICIPIO DE BELLO.	2.635.465

Manifiesto bajo gravedad de juramento que he cotizado los aportes correspondientes a la seguridad social de acuerdo a la siguiente información y **NO** han sido restados de la base de retención a titulo de renta en otros contratos a mi nombre (articulo 617 del Estatuto Tributario)

$ 306.100	, planilla pila #.	9442142658	, mes cotizado.	NOVIEMBRE

Para efectos de depuracion de la base aplicable para retención en la fuente, manifiesto bajo gravedad de juramento y anexo, lo siguiente:	SI	NO
1. No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores.		X
2. Tengo dependiente de Ley 1607/2012 para efectos de deducción de retención en la fuente a titulo de renta. (Parag. 2 articulo 387 E.T), **anexo soportes según la ley.**		X
3. Realicé pagos de intereses en prestamo para adquisición de vivienda del año inmediatamente anterior, **anexo certificado bancario**		X
4. Realicé pagos por Medicina prepagada o póliza de seguros, **anexo certificado**		X
5. Realicé los pagos Obligatorio al Sistema General de Seguridad Social, **anexo planilla**	X	
Para efectos de depuracion de la base aplicable para retenciónpor industria y comercio, manifiesto bajo gravedad de juramento que ejerzo una profesión liberal		X

FIRMA CONTRATISTA:	Vo. BO, SUPERVISOR
Jhon Ciro G/L	
JHON ANTONIO CIRO GIL	**ALONSO RENDON CASTRILLLON**
CONTRATISTA	**SALUD PUBLICA**

El presente documento se asimila para todos sus efectos a una letra de cambio según art- 774 del Código de Comercio

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5820674	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	41266473	9442142658	I	2022/12/20	2022/11/23	BANCO DE OCCIDENTE	0	$306,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,700	$0	$0	$168,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$168,700	$0	$0	$168,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,600	$0	$0	$5,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,600	$0	$0	$5,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,800	$0	$0	$131,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$131,800	$0	$0	$131,800
TOTAL				1	$306,100	$0	$0	$306,100

2022/11/23 01:09 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5820674	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	41266473	9442142658	I	2022/12/20	2022/11/23	BANCO DE OCCIDENTE	0	$306,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,054,186	$168,700			$1,054,186	$131,800			$0	$0			$1,054,186	$5,600		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)						$1,054,186	$168,700			$1,054,186	$131,800			$0	$0			$1,054,186	$5,600		$0	$0
1	CC	71003479	CIRO JHON	25-14	30	$1,054,186	$168,700	EPS010	30	$1,054,186	$131,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,054,186	$5,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,054,186	$168,700			$1,054,186	$131,800			$0	$0			$1,054,186	$5,600		$0	$0

2022/11/23 01:09 PM

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9442142658
NUMERO DE APROBACION	266473
Fecha:	23/11/2022 09:39:27
DV:	974855
NUM. TRANSACCION	1078398049
Valor	$306.100,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 907336 BELLO LA 2000 CELLPOINS N&S

Cajero: SISOSACA

Recibi Conforme:_____

C.C._____

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PERSONAL CONTRATISTA

Código:	Versión: 1	Fecha:Agosto de 2019	Página: 1

PROCESO:	SALUD PUBLICA
ACTIVIDAD:	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A SUJETOS SANITARIOS
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, COMO TECNÓLOGO EN GESTIÓN EN SISTEMAS DE MANEJO AMBIENTAL, EN EL MARCO DEL PROGRAMA "SALUD AMBIENTAL" PARA EJERCER INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIOS EN EL MUNICIPIO DE BELLO
NOMBRE CONTRATISTA:	JHON ANTONIO CIRO GIL
DOC. IDENTIDAD:	71.003.479
MES REPORTADO:	NOVIEMBRE

SEMANA	SEDE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS, ANEXOS U OBSERVACIONES
1ra Semana		1- Realizar visitas y acciones de inspección, vigilancia y control a establecimientos de interes sanitario, del programa salud ambiental. 2- Efectuar pruebas, analisis, diagnósticos y emitir conceptos del estado higienico y sanitario de establecimientos y de espacios que puedan generar riesgos para la salud humana o daños al medio ambiente en la zona de influencia del Municipio de Bello. 3- Cumplir y ejecutar las medidas de prevención, mejoramiento y control de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, alimentos y las producidas por elemenots nocivos que se encuentran en el medio ambiente dentro del área de influencia. 4- Ejecutar actividades de formación y orientación en saneamiento básico ambiental, dirigidas a la comunidad en general. 5- Ejecutar analisis, diagnósticos y control del cumplimiento de las normas del manejo de: aguas residuales, recolección y disposición de los residuos sólidos y emisión de elementos nocivos en el área de influencia; y proponer mejores practicas o alternativas de solución cuando la situación lo requiera. 6- Atender a los usuarios de la dependencia en temas de su competencia y dar respuesta a las PQRSD que le sean asignadas. 7- Participar en reuniones, mesas de trabajo y actividades programadas dentro o fuera de la institución, donde se adelanten temas inherentes a su área de competencia. 8- Contrinuir con la formulación, desarrollo y medición de planes, programas y actividades propias de la Dependencia, en la que se requiere su participación. 9- Prestara apoyo en los analisis, estudios e investigaciones que le corresponda al área a la que pertenece para la oportuna realización de los planes, programas, proyectos e informes. 10- Recopilar y sistematizar información para presentar en forma oportuna, clara y de acuerdo con las instrucciones recibidas, los informes que por su competencia le sean requeridos. 11- Disponer del soporte documental necesario para comprobar la realización de actividades laborales reportadas, (cualitativo, cuantitativo y registro fotografico). 12- Contribuir en la verificación y tomade acciones correctivas y de mejora que permitan eliminar las deficiencias detectadas en los procesos y procedimientos que la Dependencia gestiona para lograr mayor eficiencia y efectividad. 13- Apoyar la organización, preparacion logistica y realización de actividades programadas en la dependencia, con el fin de facilitar su buen desarrollo. 14- El contratista se hace responsable de los equipos electronicos (tablet Samsung e impresora portatil) que le entrega la entidad contratante, los cuales son necesarios para la ejecución de las actividades descritas en el contrato. Estos equipos se entregan por medio de un acta elaborada por el(a) supervisor(a) del contrato, donde se relaciona el estado fisico de los equipos, la marca, numero de serie, modelo, tamaño, los cuales deben ser devueltos a la terminación del contrato en las mismas condiciones en las que se les fue etregada, obligandose al contratista a responder por el daño (por mal manejo) o perdida de estos equipos. 15- Y todas aquellas encaminadas al cabal cumplimiento de la gestión de la Salud Pública asignadas por parte del supervisor y ordenador del gasto	La meta del mes de Noviembre son 80 visitas, 1. Del 01- al 04 de noviembre se realizaron 20 actas de ambiente (peluquerias, spa , barberias) y alimentos (panaderias, tiendas, legumbrerias. licoreras) en las comunas # 11 del municipio de Bello Antioquia , y se realiza muestreo de alimentos en distintos establecimientos comerciales del municipio.	3,125%	1 Y 6 .Actas software IVC salud; Archivo digital 7. acta de reunion .
2da Semana			1. Se realizo 20 visita de I.V.C a establecientos de interes sanitaro tipologia especifica en , barberias y peluqueria, y spa en la comuna # 11 y de alimentos a tiendas, fruver, legumbreria, bares, etc del municipio de Bello Antioquia ,	3,125%	1 Y 6 Actas software IVC salud; Archivo digital
3ra Semana			1. Se realizo 20 visita de I.V.C a establecientos de interes sanitaro tipologia especifica en , barberias y peluqueria, y spa en la comuna # 11 y de alimentos a tiendas, fruver, legumbreria, bares, etc del municipio de Bello Antioquia, y se asiste a capacitacion de sowfare en el auditorio de la secretaria de salud ,	3,125%	1,Actas software IVC salud; Archivo digital
4ta Semana			1. Se realizo 20 visita de I.V.C a establecientos de interes sanitaro tipologia especifica en , barberias y peluqueria, y spa en la comuna # 11 y de alimentos a tiendas, fruver, legumbreria, bares, etc del municipio de Bello Antioquia ,	3,125%	1, Actas software IVC salud; Archivo digital
				12,50%	

Jhon Ciro G.

JHON ANTONIO CRO GIL
Cedula 71.003.479

ALONSO RENDON CASTRILLON
Cedula 15431840